



**You have downloaded a document from
RE-BUS
repository of the University of Silesia in Katowice**

Title: Subiektywna ocena stanu zdrowia mieszkańców Tychów (raport z badań)

Author: Katarzyna Kowalczevska-Grabowska

Citation style: Kowalczevska-Grabowska Katarzyna. (2019). Subiektywna ocena stanu zdrowia mieszkańców Tychów (raport z badań). "Chowanna" (T. Jubileuszowy (2019), s. 397-415), doi 10.31261/CHOWANNA.2019.S.22



Uznanie autorstwa - Na tych samych warunkach - Licencja ta pozwala na kopiowanie, zmienianie, rozprowadzanie, przedstawianie i wykonywanie utworu tak długo, jak tylko na utwory zależne będzie udzielana taka sama licencja.



UNIwersYTET ŚLĄSKI
W KATOWICACH



Biblioteka
Uniwersytetu Śląskiego




Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego



Katarzyna Kowalczevska-Grabowska

Uniwersytet Śląski w Katowicach

 <https://orcid.org/0000-0002-9309-7600>

Subiektywna ocena stanu zdrowia mieszkańców Tychów (raport z badań)

Wprowadzenie

Zdrowie jest kategorią złożoną, wielowymiarową, a uwarunkowania zdrowia można uznać za uniwersalne, odnoszące się do wszystkich społeczeństw, chociaż natężenie tych uwarunkowań może być zależne od lokalnych środowisk. Poszczególne uwarunkowania zdrowia są od siebie wzajemnie zależne.

Przeniesienie akcentów w ramach uwarunkowań zdrowia z koncepcji biomedycznych na aspekty społeczne nastąpiło wraz z opublikowaniem w 1974 roku *New Perspectives on the Health of Canadians* – raportu ministra zdrowia Kanady Marca Lalonde’a¹. Dokument ten nazywano później „konceptcją pól zdrowia”². Punktem wyjścia owego raportu była definicja traktująca zdrowie jako wynik działania czynników związanych z dziedziczeniem genetycznym, ze środowiskiem, stylem życia i z opieką zdrowotną. Takie ujęcie zdrowia pozwoliło na wyodrębnienie czterech zasadniczych obszarów jego determinantów, do których zaliczono:

- obszar biologii i genetyki;

¹ M. Lalonde: *A New Perspective on the Health of Canadians. A Working Document*. Information Canada, Ottawa, 1974 – podaję za: M.J. Wysocki, M. Miller: *Paradygmat Lalonde’a, Światowa Organizacja Zdrowia i Nowe Zdrowie Publiczne*. „Przegląd Epidemiologiczny” 2003, nr 57, s. 505.

² J. Green, K. Tones: *Health Promotion. Planning and Strategies*. Los Angeles-London-New Delhi-Singapore-Washington: Sage, 2010, s. 85.

- obszar zachowań zdrowotnych (pro- i antyzdrowotnych) i stylu życia;
- obszar środowiskowy (uwzględniający czynniki ekonomiczne, kulturowe, społeczne i fizyczne);
- obszar organizacji systemu opieki zdrowotnej³.

Dopiero w roku 1995 roku B. Badura, który swoje rozważania oparł na koncepcji Lalonde'a, podjął próbę oszacowania wpływu poszczególnych grup czynników na zdrowie⁴. Dokonał analizy wskaźników umieralności z powodu określonych chorób (na przykład chorób układu krążenia, chorób nowotworowych) i w wartościach procentowych podał szacunkowy wpływ poszczególnych czynników na zdrowie. Przyjmuje się, że orientacyjny procentowy udział wyróżnionych czterech grup czynników to: około 20% – wpływ środowiska, około 20% – wpływ biologii człowieka, około 15–20% – wpływ organizacji opieki medycznej. W największym stopniu na stan zdrowia człowieka ma wpływ styl jego życia – w 50–52% właśnie styl życia jednostki decyduje o jej zdrowiu⁵.

W licznych opracowaniach naukowych podkreśla się, że stan zdrowia człowieka jest w dużej mierze zależny od jego indywidualnych decyzji i wyborów, w tym dotyczących podejmowanych zachowań. Za zachowania zdrowotne jednostki uważa się te elementy jej codziennego życia, które wpływają na jej stan zdrowia, a wynikają z wolnych indywidualnych wyborów i decyzji⁶. Helena Sęk ujmuje te zachowania jako „reaktywne, nawykowe i celowe formy aktywności człowieka, które pozostają na gruncie wiedzy obiektywnej i subiektywnego przekonania w istotnym, wzajemnym związku ze zdrowiem”⁷. Zachowania te można charakteryzować jako czynności, które:

³ M.J. Wysocki, M. Miller: *Paradygmat Lalonde'a...*, s. 506.

⁴ B. Badura: *What Is and What Determines Health*. In: *Scientific Foundations for Public Health Policy in Europe*. Eds. U. Laser, E. de Leeuw, Ch. Stock. München: Juventa Verlag, 1995.

⁵ B. Woynarowska: *Edukacja zdrowotna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2007, s. 44–45. Por. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015. http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zal_urm_npz_90_15052007p.pdf [1.10.2014].

⁶ D. Zołnierczuk-Kieliszek: *Zachowania zdrowotne i ich związek ze zdrowiem*. W: *Zdrowie publiczne. Podręcznik dla studentów i absolwentów wydziałów pielęgniarstwa i nauk o zdrowiu Akademii Medycznych*. Red. T.B. Kulik, M. Latański. Lublin: Czelej, 2002, s. 75.

⁷ H. Sęk: *Zdrowie behawioralne*. W: *Psychologia. Podręcznik akademicki*. Red. J. Strelau. T. 3. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2000, s. 539.

- „bezpośrednio lub pośrednio i w dalszej perspektywie sprzyjają lub szkodzą utrzymaniu normatywnych standardów zdrowia fizycznego i/lub psychicznego,
- kształtują się w rezultacie doświadczeń socjalizacyjnych jednostki, zwłaszcza w interakcji z bezpośrednim otoczeniem społecznym,
- są na tyle powszechne czy masowe, że stanowią problem społeczny, a nie dotyczą tylko jednostki”⁸.

Wśród zachowań zdrowotnych wyróżniamy zachowania prozdrowotne (biopozytywne) i antyzdrowotne (bionegatywne), natomiast ze względu na stan zdrowia jednostki wyróżnia się zachowania zdrowotne w zdrowiu, zachowania zdrowotne w doświadczaniu choroby oraz zachowania zdrowotne w roli chorego⁹.

Oparta na społeczno-ekologicznym modelu zdrowia ocena sytuacji zdrowotnej wymaga prowadzenia badań empirycznych i gromadzenia danych statystycznych na różnym poziomie agregacji¹⁰. Obecnie tradycyjna sprawozdawczość statystyczna jest uzupełniana badaniami metodą sondażową, co pozwala na dokonanie pełniejszej diagnozy stanu zdrowia określonej populacji. Dane miękkie umożliwiają poznanie samooceny stanu zdrowia, diagnozę elementów stylu życia oraz zachowań zdrowotnych i antyzdrowotnych. Sprzyjają również poznaniu opinii na temat funkcjonowania opieki medycznej. Stanowią też cenny materiał do analizy potrzeb czy motywów działania jednostek w danej społeczności oraz poznania stopnia świadomości respondentów w zakresie tematów związanych ze zdrowiem.

Założenia metodologiczne

Przeprowadzone badania sondażowe miały na celu dokonanie diagnozy behawioralnej, która obejmowała wskaźniki subiektywne, a mianowicie opinie mieszkańców Tychów na temat ich osobistego poczucia

⁸ A. Frączek, E. Stępień: *Zachowania związane ze zdrowiem dorastających a promocja zdrowia*. W: *Promocja zdrowia. Psychologiczne podstawy wdrożeń*. Red. Z. Ratajczak, I. Heszen-Niejodek. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 1997 – cyt. za: J. Mateusiak, E. Gwozdecka-Wolniaszek: *O zachowaniach zdrowotnych przez pryzmat współczesności*. W: *Kultura współczesna a zdrowie*. Red. M. Górnik-Durose. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2013, s. 158.

⁹ D. Żołnierczuk-Kieliszek: *Zachowania zdrowotne i ich związek ze zdrowiem...*, s. 76.

¹⁰ I. Łaskowska: *Zdrowie i nierówności w zdrowiu – determinanty i implikacje ekonomiczno-społeczne*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, 2012, s. 31.

zdrowia oraz podejmowania zachowań zdrowotnych i antyzdrowotnych. W toku badań podjęto próbę udzielenia odpowiedzi na postawione problemy badawcze:

- Jakie subiektywne opinie na temat własnego zdrowia mają mieszkańcy Tychów?
- Czy, a jeśli tak, to w jakim stopniu płeć warunkuje subiektywnie odczuwany przez badanych stan zdrowia?

Badania przeprowadzono techniką sondażu z zastosowaniem ankiety skierowanej drogą elektroniczną do mieszkańców Tychów w wieku produkcyjnym i poprodukcyjnym. Opracowany w tym celu autorski Kwestionariusz Percepcji Zdrowia i Lokalnych Inicjatyw z Obszaru Ochrony i Promocji Zdrowia zawierał 10 pytań; odpowiedzi na ostatnie pytanie zaznaczano na 5-stopniowej skali Likerta (analiza tego pytania została w artykule pominięta). Pytania 1-5 z kafeterią zamkniętą odnoszą się do subiektywnej oceny własnego zdrowia przez badanych, natomiast pytania 6-9 dotyczą zachowań sprzyjających i zagrażających zdrowiu. Kwestionariusz zawiera również część wprowadzającą wraz z instrukcją oraz metryczkę, w której badani podawali płeć, wiek i wykształcenie.

Badania zostały przeprowadzone w okresie od kwietnia do lipca 2017 roku wśród 312 dorosłych mieszkańców Tychów w wieku od 18 do 77 lat. W badaniu wzięło udział 248 kobiet (79,5%) oraz 64 mężczyzn (20,5%). Struktura wykształcenia badanych obejmowała po 3 osoby z wykształceniem podstawowym i gimnazjalnym (po 1%), 89 osób (28,5%) z wykształceniem średnim, 49 osób (15,7%) z wykształceniem wyższym I stopnia (licencjat) oraz 168 badanych (53,8%) z wykształceniem wyższym magisterskim.

Do obliczeń statystycznych wykorzystano arkusz kalkulacyjny Microsoft Excel oraz pakiet statystyczny STATISTICA i IBM SPSS.

Wyniki badań

Subiektywne opinie mieszkańców Tychów na temat własnego zdrowia

Respondenci w pierwszej kolejności zostali poproszeni o ocenę swojego stanu zdrowia w jego trzech najważniejszych wymiarach: fizycznym, psychicznym i społecznym (takie ujęcie zdrowia wynika z jego definicji wedle WHO). Stan swojego zdrowia fizycznego w większości badani oceniali jako dobry. Najwięcej respondentów – 153 osoby (49% badanych) – wskazało, że okresowo miewają drobne kłopoty ze zdrowiem, ale nie są one poważne, więc swój stan zdrowia oceniają jako dobry.

Dość liczną grupę stanowiło 67 osób (21,5% ogółu badanych), które zaznaczyły odpowiedź „przeciętny” – badani zwrócili uwagę na czasowe dolegliwości natury fizycznej. Niewiele ponad 20% badanych (63 osoby) przyznało, że stan zdrowia fizycznego oceniają bardzo dobrze i nie miewają żadnych kłopotów ze zdrowiem z wymiarze fizycznym. Niewiele ponad 9% badanych (29 osób) oceniło swój stan zdrowia fizycznego jako słaby lub bardzo słaby.

Kolejne pytanie dotyczyło kwestii zdrowia psychicznego. Respondenci zostali poproszeni o subiektywną ocenę własnego zdrowia w wymiarze psychicznym. Podobnie jak w przypadku oceny zdrowia fizycznego, największą grupę stanowiły odpowiedzi respondentów traktujących swój stan zdrowia psychicznego w kategorii „dobry”. Odpowiedź tę wskazało 178 osób, co stanowiło ponad 57% ogółu odpowiedzi. Dość liczną grupę stanowili oceniający zdrowie psychiczne jako bardzo dobre (ponad 18% ogółu odpowiedzi). Pozytywne oceny wskazało więc łącznie ponad 75% respondentów. W dobie nader częstego występowania problemów emocjonalnych w społeczeństwach takie wyniki stanowią miłe zaskoczenie. Przeciętnie stan swojego zdrowia psychicznego oceniło 20,5% badanych (64 osoby). Respondenci z tej grupy identyfikowali u siebie okresowe trudności natury emocjonalnej i trudności w radzeniu sobie z wyzwaniami. Jedynie 13 osób (4,1%) oceniło swój stan zdrowia w wymiarze psychicznym jako słaby lub bardzo słaby. Tylko jedna osoba przyznała, że ma zdiagnozowaną chorobę psychiczną.

W skład oceny subiektywnej stanu zdrowia wchodzi również ocena zdrowia społecznego. Aż 78,8% badanych ocenia swoje zdrowie społeczne jako dobre lub bardzo dobre (łącznie 246 osób). Ponad 18% ogółu badanych swoje zdrowie społeczne ocenia jak przeciętne, osoby te wyrażają przy tym opinię, że czasami lubią przebywać z innymi ludźmi, a czasami od nich stronią. Tylko 9 osób z 312 biorących udział w badaniu ocenia swój stan zdrowia społecznego jako słaby lub bardzo słaby (łącznie niespełna 3%).

Analiza odpowiedzi na trzy pierwsze pytania Kwestionariusza pozwala założyć, że dla respondentów poczucie zdrowia lub jego braku kojarzy się głównie z wymiarem fizycznym, a identyfikowane dolegliwości są przede wszystkim natury fizycznej (stąd wśród odpowiedzi na to pytanie mniejszy odsetek pozytywnych ocen).

Oceny stanu zdrowia dotyczyło także kolejne pytanie ankietowe. W odniesieniu do pełnej definicji zdrowia według Światowej Organizacji Zdrowia respondenci mieli określić siebie jako osobę zdrową lub chorą. Aż 244 osoby (78,2% ogółu badanych) uznały siebie za osoby zdrowe, mimo iż subiektywnych pozytywnych ocen w zakresie zdrowia fizycznego (odpowiedzi na pytanie 1) było mniej. Otrzymane wy-

niki najbardziej korespondują z wynikami otrzymanymi w analizie odpowiedzi na pytanie o stan zdrowia społecznego (ponad 78% ogółu odpowiedzi).

Część osób, które zaznaczyły odpowiedź „przeciętny” na pierwsze trzy pytania, powiększyła grupę osób oceniających siebie jako osoby chore wedle definicji zdrowia WHO. Sześćdziesiąt osiem osób (21,8% ogółu badanych) spośród wszystkich respondentów dodatkowo poproszono o doprecyzowanie swoich odpowiedzi i uzasadnienie, dlaczego nie uważają siebie za osoby zdrowe. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby, które uważają siebie za osoby zdrowe tylko w niektórych wymiarach. Taką odpowiedź zaznaczyło 17,3% badanych spośród 68 osób odpowiadających na pytanie. Jak pokazują badania, respondenci zdrowie traktują wybiórczo, odnoszą się głównie do aspektu zdrowia fizycznego, a nie traktują kwestii zdrowia w kategoriach holistycznych jako dobrostanu psychofizycznospołecznego. Spośród 68 badanych 14 osób określiło siebie jako osobę chorą, osobę z niepełnosprawnością lub osobę chorą z niepełnosprawnością. Łącznie było tych odpowiedzi niewiele ponad 4%.

Dzięki pytaniom z dalszej części Kwestionariusza próbowano się dowiedzieć, jakie zachowania sprzyjające zdrowiu i z jaką częstotliwością podejmują respondenci.

W pytaniu dotyczącym aktywności fizycznej najwięcej osób, bo około 46% spośród badanych, przyznało, że takie jej formy, jak spacer, jogging, rower, pływanie, uprawia ze średnią częstotliwością. Ponad 22% badanych ocenia częstotliwość podejmowania przez siebie aktywności fizycznej jako małą lub bardzo małą. Zadowolające jest to, że 32% ogółu respondentów oceniło, że aktywność fizyczną podejmuje często lub bardzo często, co pokazuje, że dla blisko 1/3 badanych podejmowanie różnych form aktywności fizycznej stanowi istotny element ich stylu życia. Pytanie o aktywność fizyczną i częstotliwość jej podejmowania koresponduje z pytaniem 7 kwestionariusza ankiety, w którym starano się doprecyzować, jak często badani uprawiają jakąś formę ruchu. Odpowiedzi na pytanie 7 potwierdzają wcześniejsze analizy i interpretacje. Osób, które przyznały, że „przynajmniej 3–4 razy w tygodniu” oraz „5–6 razy w tygodniu lub codziennie” uprawiają różnego rodzaju sporty, jest łącznie blisko 45%. Jeśli uwzględnimy odpowiedzi badanych, którzy przyznają, że uprawiają sport „przynajmniej 1–2 razy w tygodniu”, będziemy mogli stwierdzić, że otrzymane wyniki są imponujące. Można założyć, że deklarowanie przez badanych małej bądź bardzo małej częstotliwości podejmowania aktywności fizycznej (odpowiedzi na pytanie 6.1) może wynikać z ich poczucia niewystarczającej motywacji lub braku czasu na relaks poprzez sport. Niespełna 13% badanych przyznało, że wcale nie podejmuje aktywno-

ści fizycznej. Odsetek ten nie jest wysoki, niemniej za istotne należy uznać dalsze zachęcanie mieszkańców Tychów do spędzania czasu wolnego w formie aktywnej.

Kolejne pytanie ankiety dotyczyło oceny przez badanych stosowania racjonalnej diety (pytanie 6.2), a doprecyzowaniu odpowiedzi na to pytanie posłużyło pytanie 8 dotyczące częstotliwości spożywania posiłków w ciągu dnia. Nisko lub bardzo nisko stosowanie przez siebie racjonalnej diety oceniło 19,2% badanych, przy czym 16,7% przyznało, że je wtedy, kiedy ma czas, a 5,8% respondentów twierdzi, że nigdy nie je posiłków regularnie. Co piąty badany wymaga zatem działań edukacyjnych w zakresie racjonalnego żywienia. Blisko 48% badanych przyznaje, że zawsze je posiłki regularnie, a 41,3% ocenia wysoko lub bardzo wysoko stosowanie przez siebie racjonalnej diety.

Następnie zapytano respondentów o ich ocenę częstotliwości dbania o higienę własną oraz otoczenia (pytanie 6.3). Samooceny były wysokie: 42,9% badanych wystawiło sobie ocenę wysoką, a 47,8% – ocenę bardzo wysoką. Wśród badanych znaleźli się i tacy – łącznie 6 osób (niemal 2%) – dla których kwestie higieny własnej oraz otoczenia nie stanowią priorytetu. Pozostałe oceny ukazywały przeciętny stosunek badanych do kwestii związanych z higieną (7,4% ogółu respondentów).

Samooceny dbania przez badanych o bezpieczeństwo w domu, pracy czy w samochodzie (pytanie 6.4) również były wysokie – łącznie 91% respondentów przyznało, że kwestie związane z bezpieczeństwem są dla nich istotne, a swoje wysiłki podejmowane w tym zakresie oceniają wysoko lub bardzo wysoko. Niewielki odsetek badanych jest innego zdania – 1,9% respondentów (6 osób) przyznaje, że częstotliwość podejmowanych przez siebie zachowań sprzyjających bezpieczeństwu ocenia nisko lub bardzo nisko, a 7,1% na poziomie średnim.

Kolejny poruszony w badaniach aspekt problemu samooceny zdrowia dotyczył częstotliwości utrzymywania przez badanych właściwych relacji z innymi ludźmi (pytanie 6.5). Aż 85,3% badanych ocenia te relacje wysoko lub bardzo wysoko, a 11,2% – przeciętnie. Jedynie 11 osób, co stanowiło 3,6% ogółu badanych, przyznało, że stanowi to dla nich problem i oceniają swoje zaangażowanie w relacje z innymi ludźmi nisko lub bardzo nisko. Otrzymane wyniki wydają się ukazywać zadowalający obraz sytuacji i pokrywają się z danymi otrzymanymi w zakresie oceny przez badanych ich funkcjonowania społecznego (pytanie 3).

W dalszej części ankiety zapytano respondentów o ocenę częstotliwości stosowania przez nich konstruktywnych sposobów radzenia sobie ze stresem. Najliczniejszą grupę wśród odpowiadających na to pytanie stanowiły osoby, które ten aspekt oceniły wysoko (38,5%), a drugą grupę pod względem liczebności stanowiły osoby oceniające

swoje wysiłki w tym zakresie jako średnie (33,7%). Najwyższe oceny częstotliwości stosowania przez siebie konstruktywnych sposobów radzenia sobie ze stresem zadeklarowało 41 osób, co stanowiło 13,1% ogółu badanych. Wśród respondentów znalazły się osoby, które na co dzień nie radzą sobie ze stresem. Łącznie 14,7% wskazało na oceny niskie lub bardzo niskie. Jak pokazują wyniki, większość badanych nie ma trudności w sytuacjach stresowych, jednak są też osoby, dla których wskazane byłoby poszerzenie umiejętności w tym zakresie.

Ostatnim wątkiem poruszonym w pytaniu 6 Kwestionariusza było zachowanie równowagi pomiędzy pracą a odpoczynkiem (pytanie 6.7). Respondenci zostali poproszeni o ocenę częstotliwości podejmowania przez siebie działań w tym zakresie. Blisko 30% respondentów oceniło swoje umiejętności w zakresie utrzymywania równowagi między pracą a wypoczynkiem wysoko, a kolejne ponad 15% – bardzo wysoko. Również dość liczna grupa badanych (37,2%) średnio oceniła swoje umiejętności zachowania równowagi pomiędzy pracą a wypoczynkiem. Łącznie 17,6% respondentów oceniło swoje umiejętności zachowania równowagi między pracą a odpoczynkiem źle lub bardzo źle.

Kolejne pytanie w Kwestionariuszu (pytanie 9) odnosiło się do zachowań zagrażających zdrowiu. Poproszono respondentów o odniesienie się do częstotliwości podejmowania przez nich określonych typów zachowań antyzdrowotnych, tj.: zachowań ryzykownych (na przykład szybka jazda samochodem, jazda bez pasów bezpieczeństwa, skoki na bungee), palenia papierosów, picia alkoholu, zażywania narkotyków, nadużywania leków, lekceważenia objawów choroby czy niestosowania się do zaleceń lekarzy. Pytanie 9.1 dotyczyło podejmowania zachowań ryzykownych. Najwięcej badanych (58,7%) stwierdziło, że nigdy nie podejmuje tego typu zachowań, a niemal 30% respondentów zdarza się to rzadko. Jedynie 7,7% badanych przyznało, że od czasu do czasu zachowuje się w sposób ryzykowny, a 4,1% (13 osób) – że robi to często lub bardzo często. Nieco inaczej kształtują się odpowiedzi na pytanie dotyczące palenia papierosów (pytanie 9.2). Najliczniejszą grupę – 123 osoby (39,4% ogółu badanych) – stanowiły osoby, które zaznaczyły odpowiedź „od czasu do czasu”. Rzadko pali papierosy 27,2% badanych, a 14,1% uważa, że nigdy im się to nie zdarza. Co piąty badany pali regularnie (19,2% wskazań na odpowiedź „często” lub „bardzo często”). Kwestia używania substancji psychoaktywnych została podjęta w pytaniach 9.3 (picie alkoholu) i 9.4 (zażywanie narkotyków). Do picia alkoholu niezbyt często (picie „od czasu do czasu”) przyznało się 35,9% respondentów, a 7,7% badanych stwierdziło, że czyni to często lub bardzo często. Tych, którzy alkohol spożywają rzadko, jest w badanej grupie 42,3%, a 14,1% (44 osoby) nie robi tego

nigdy. Do zażywania narkotyków nie przyznało się 96,5% respondentów, 3,2% osób stwierdziło, że zdarza im się to rzadko. Jedna osoba przyznała, że bardzo często zażywa narkotyki. Pozostałe odpowiedzi (tj. „często” i „od czasu do czasu”) nie znalazły swojej reprezentacji w wynikach. Ostatnie trzy pytania o zachowania zagrażające zdrowiu (9.5, 9.6, 9.7) dotyczyły zachowań podejmowanych w chorobie. Aż 85,9% badanych stwierdziło, że nie nadużywa leków (pytanie 9.5), 10,9% – że czyni to rzadko, a 1,9% – „od czasu do czasu”. Jedynie 4 osoby (1,3% ogółu badanych) wskazały, że często nadużywają leków. Do częstego lub bardzo częstego lekceważenia objawów choroby przyznało się 8% ogółu badanych, a 28,2% do robienia tego „od czasu do czasu”. Pozostali respondenci mają dużą świadomość w tym zakresie i o ile zdarzało im się lekceważyć objawy choroby, to jedynie rzadko (35,9%) (odpowiedź „wcale” zaznaczyło 27,9% badanych). Ostatnie pytanie o zachowania zdrowotne (9.7) dotyczyło niestosowania się do zaleceń lekarzy w sytuacji choroby. Trzy czwarte badanych (75,4%) zadeklarowało, że nigdy nie ignoruje zaleceń lekarzy, a jeżeli tak, to bardzo rzadko; 18,6% stwierdziło, że od czasu do czasu identyfikuje u siebie podobne zachowania, a 6,1% przyznało się do podejmowania zachowań lekceważących zalecenia lekarzy często lub bardzo często.

Płeć a subiektywnie odczuwany stan zdrowia badanych

Szczegółowej analizie statystycznej poddano dane dotyczące następujących zmiennych:

- ocena stanu własnego zdrowia fizycznego (pytanie 1);
- ocena stanu własnego funkcjonowania społecznego (pytanie 3);
- samoocena utrzymania higieny ciała i otoczenia (pytanie 6.3);
- samoocena radzenia sobie ze stresem (pytanie 6.6);
- ocena podejmowania przez badanego zachowań ryzykownych (pytanie 9.1);
- ocena własnych zachowań związanych z piciem alkoholu (pytanie 9.3).

W analizie danych posłużono się testem *U* Manna-Whitneya.

Wynik testu wskazuje, że zależność między płcią badanego a jego odpowiedziami na pytania ankiety dotyczy jedynie pytań 1, 3, 6.3, 6.6, 9.1 i 9.3. Odpowiedzi na pozostałe pytania nie są skorelowane dodatnio z płcią respondentów.

Statystyki opisowe dotyczące oceny własnego zdrowia fizycznego z podziałem badanych ze względu na płeć zaprezentowano w tabeli 1.

Tabela 1

Statystyki opisowe

dotyczące oceny stanu własnego zdrowia fizycznego przez badanych –
wyniki z podziałem badanych ze względu na płeć

Badani	N	M	SD	SE	min	Q25	Me	Q75	max
Kobiety	248	3,68	1,03	0,07	1,00	3,00	4,00	4,00	5,00
Mężczyźni	64	3,97	0,93	0,12	1,00	4,00	4,00	5,00	5,00
Ogółem	312	3,74	1,01	0,06	1,00	3,00	4,00	4,00	5,00

Objaśnienia: N – liczba badanych; M – średnia arytmetyczna; SD – odchylenie standardowe; SE – błąd standardowy; min – minimalna wartość próby; Q25 – kwartył pierwszy; Me – mediana; Q75 – kwartył trzeci; max – maksymalna wartość próby.

Średnia arytmetyczna dla kobiet wynosi 3,68, co oznacza, że średnia ocena przez kobiety ich stanu zdrowia fizycznego wahała się pomiędzy oceną przeciętną a dobrą. Mediana na poziomie 4 oznacza, że przynajmniej połowa kobiet oceniła swój stan zdrowia jako dobry lub gorzej (ocena od „bardzo słaby” do „dobry”) – w związku z tym nie więcej niż połowa kobiet ocenia swój stan zdrowia jako dobry lub bardzo dobry. W porównaniu z mężczyznami kobiety gorzej oceniały swój stan zdrowia. Mężczyźni wskazali na lepszy stan zdrowia, o czym świadczy wartość średniej arytmetycznej dla osób tej płci bliska 4 (3,97); oznacza to, że mężczyźni częściej niż kobiety na pytanie o ocenę swojego stanu zdrowia fizycznego wskazywali odpowiedź „dobry – okresowo miewam drobne kłopoty ze zdrowiem, ale nie są one poważne”.

W grupie kobiet wyniki odchylają się od wartości średniej o $\pm 1,03$; w przypadku grupy mężczyzn wartości te są niższe: $\pm 0,93$ punktu. Błąd standardowy dla grupy kobiet wynosi 0,07, co oznacza, że gdyby wielokrotnie pobierać grupę 248 kobiet, to w przypadku średniej wartość ta wynosiłaby $\pm 0,07$. Wartość błędu standardowego dla grupy mężczyzn wynosi 0,12 przy grupie 64-osobowej.

Kwartył pierwszy (Q25) wynosi dla kobiet 3, co oznacza, że przynajmniej 25% kobiet stwierdziło, że swój stan zdrowia fizycznego ocenia jako przeciętny („czasami odczuwam fizyczne dolegliwości, tak jak inni”). Dla mężczyzn Q25 jest wyższy (Q25 = 4), co oznacza, że przynajmniej 25% badanych mężczyzn na pytanie o ocenę swojego stanu zdrowia wybrało odpowiedź „dobry – okresowo miewam drobne kłopoty ze zdrowiem, ale nie są one poważne”. Podobne różnice występują w przypadku Q75 (kwartyła trzeciego). Dla kobiet wynosi on 4, czyli przynajmniej 75% kobiet dokonało wyboru odpowiedzi „dobry” na pytanie o ocenę swojego stanu zdrowia fizycznego, a przynajmniej 75% mężczyzn zaznaczyło odpowiedź „bardzo dobry – nie mam żadnych kłopotów ze zdrowiem”.

Różnice między płciami ujawniają się również w odpowiedziach badanych na pytanie dotyczące samooceny stanu funkcjonowania społecznego (tabela 2).

Tabela 2

Statystyki opisowe

dotyczące samooceny stanu funkcjonowania społecznego badanych –
wyniki z podziałem badanych ze względu na płeć

Badani	N	M	SD	SE	min	Q25	Me	Q75	max
Kobiety	248	4,05	0,70	0,04	1,00	4,00	4,00	4,00	5,00
Mężczyźni	64	3,78	0,88	0,11	2,00	3,00	4,00	4,00	5,00
Ogółem	312	3,99	0,74	0,04	1,00	4,00	4,00	4,00	5,00

Objaśnienia: N – liczba badanych; M – średnia arytmetyczna; SD – odchylenie standardowe; SE – błąd standardowy; min – minimalna wartość próby; Q25 – kwartyl pierwszy; Me – mediana; Q75 – kwartyl trzeci; max – maksymalna wartość próby.

Wartość średniej arytmetycznej dla kobiet jest wyższa niż dla mężczyzn i wynosi 4,05, co oznacza, że przeciętnie kobiety oceniały stan swojego funkcjonowania społecznego jako „dobry – czasami odczuwam potrzebę wycofania się z kontaktów społecznych, ale po to, by naładować baterie”. Dla mężczyzn wartość średniej była niższa i wynosiła 3,78. Różnice występują również w wartościach odchylenia standardowego. Wyniki kobiet odchylają się od wartości przeciętnej o $\pm 0,70$ punktu, a wyniki mężczyzn – o $\pm 0,88$. Błąd standardowy w przypadku kobiet wynosi $\pm 0,04$, a w przypadku mężczyzn jest wyższy ($\pm 0,11$). Kobiety wyżej oceniały swoje zdrowie społeczne niż mężczyźni, jednak najniższa ocena mężczyzn dotyczyła słabego funkcjonowania, podczas gdy niektóre z kobiet wskazywały również na bardzo słabe funkcjonowanie społeczne (akcentowano wówczas samotność i stronienie od innych). Przynajmniej 25% badanych kobiet (Q25 = 4) pod pytaniem o ocenę swojego stanu zdrowia społecznego zaznaczyło odpowiedź „dobry”, a w przypadku mężczyzn była to odpowiedź „przeciętny – jak inni czasami lubię przebywać z innymi ludźmi, a czasami od nich stronię” (Q25 = 3). Mediana oraz kwartyl trzeci nie różnicują wyników ze względu na płeć. Mediana dla badanych obu płci wynosi 4, co oznacza, że przynajmniej połowa respondentów wśród mężczyzn i kobiet ocenia swój stan funkcjonowania społecznego jako dobry.

Kolejnym pytaniem, w którym wystąpiły statystyczne zależności między odpowiedziami a płcią badanych, było pytanie 6.3 z kwestionariusza ankiety dotyczące oceny częstotliwości podejmowania przez badanych zachowań związanych z utrzymaniem higieny ciała oraz otoczenia (tabela 3).

Tabela 3

Statystyki opisowe

dotyczące samooceny utrzymania higieny ciała i otoczenia przez badanych – wyniki z podziałem badanych ze względu na płeć

Badani	N	M	SD	SE	min	Q25	Me	Q75	max
Kobiety	248	4,40	0,73	0,05	1,00	4,00	5,00	5,00	5,00
Mężczyźni	64	4,19	0,71	0,09	2,00	4,00	4,00	5,00	5,00
Ogółem	312	4,36	0,73	0,04	1,00	4,00	4,00	5,00	5,00

Objaśnienia: N – liczba badanych; M – średnia arytmetyczna; SD – odchylenie standardowe; SE – błąd standardowy; min – minimalna wartość próby; Q25 – kwartyl pierwszy; Me – mediana; Q75 – kwartyl trzeci; max – maksymalna wartość próby.

Wartości średniej są nieco wyższe w grupie kobiet (4,40) niż w grupie mężczyzn (4,19), co oznacza, że kobiety przeciętnie częściej deklarowały dużą częstotliwość podejmowania zachowań zmierzających do utrzymania higieny ciała i otoczenia. Niewielkie różnice między badanymi kobietami i mężczyznami występują w przypadku odchylenia standardowego. Dla kobiet wartość ta wynosiła 0,73, a dla mężczyzn – 0,71. Błąd standardowy w przypadku kobiet wynosi $\pm 0,05$, a dla mężczyzn to $\pm 0,09$. Różnice występują w przypadku odpowiedzi wskazujących na niższą od średniej częstotliwość podejmowania badanych zachowań. Kobietom zdarzało się odpowiedzieć, że bardzo nisko oceniają częstotliwość swojego zaangażowania w dbałość o higienę ciała i otoczenia, w grupie mężczyzn najmniejsza wskazywana ocena tej częstotliwości to „nisko”. Wartości mediany także się różnią w przypadku obu płci. Mediana dla kobiet wynosi 5, co oznacza, że przynajmniej 50% kobiet wskazało na odpowiedź „bardzo wysoko” na pytanie o ocenę swojego zaangażowania w podejmowanie zachowań związanych z utrzymaniem higieny ciała i otoczenia; dla mężczyzn była to odpowiedź „wysoko” ($Me = 4$).

Kolejne zależności w podziale ze względu na płeć ujawniły się w pytaniu dotyczącym radzenia sobie ze stresem (pytanie 6.6 z kwestionariusza ankiety). Badani zostali poproszeni o ocenę częstotliwości podejmowania przez siebie konstruktywnych sposobów radzenia sobie ze stresem, takich jak uprawianie sportu, medytacja, wyjście na spacer, słuchanie muzyki (tabela 4).

Różnice w wynikach obu płci w przypadku radzenia sobie ze stresem dotyczą średniej, odchylenia standardowego, błędu standardowego oraz wartości mediany. Wartość średniej w grupie kobiet (3,42) jest niższa od średniej w grupie mężczyzn (3,73), co oznacza, że mężczyźni radzenie sobie ze stresem przeciętnie częściej oceniali pomiędzy średnio a wysoko. Odchylenie standardowe od średniej dla kobiet wy-

Tabela 4

Statystyki opisowe

dotyczące odpowiedzi na pytanie o radzenie sobie badanych ze stresem –
wyniki z podziałem badanych ze względu na płeć

Badani	N	M	SD	SE	min	Q25	Me	Q75	max
Kobiety	248	3,42	0,91	0,06	1,00	3,00	3,00	4,00	5,00
Mężczyźni	64	3,73	1,00	0,12	1,00	3,00	4,00	4,00	5,00
Ogółem	312	3,48	0,94	0,05	1,00	3,00	4,00	4,00	5,00

Objaśnienia: N – liczba badanych; M – średnia arytmetyczna; SD – odchylenie standardowe; SE – błąd standardowy; min – minimalna wartość próby; Q25 – kwartył pierwszy; Me – mediana; Q75 – kwartył trzeci; max – maksymalna wartość próby.

nosi $\pm 0,91$, dla mężczyzn jest wyższe i wynosi ± 1 . Wartość błędu standardowego dla kobiet w grupie 248-osobowej wynosi 0,06, a dla mężczyzn w grupie 64-osobowej – 0,12. Różnice występują również w wartości mediany, która dla kobiet wynosi 3, a dla mężczyzn 4, co oznacza, że przynajmniej 50% kobiet na pytanie o samoocenę radzenia sobie ze stresem zaznaczyło odpowiedź „średnio”, a przynajmniej 50% mężczyzn zaznaczyła odpowiedź „wysoko”. Kwartył pierwszy i trzeci dla obu płci mają taką samą wartość.

Statystyczne zależności występują między wynikami badań a płcią badanych w przypadku częstotliwości podejmowania zachowań ryzykownych, takich jak szybka jazda samochodem, jazda bez pasów bezpieczeństwa czy skoki na bungee (tabela 5).

Tabela 5

Statystyki opisowe dotyczące odpowiedzi na pytanie

o częstotliwość podejmowania przez badanych zachowań ryzykownych –
wyniki z podziałem badanych ze względu na płeć

Badani	N	M	SD	SE	min	Q25	Me	Q75	max
Kobiety	248	4,50	0,77	0,05	1,00	4,00	5,00	5,00	5,00
Mężczyźni	64	4,11	0,98	0,12	2,00	4,00	4,00	5,00	5,00
Ogółem	312	4,42	0,83	0,05	1,00	4,00	5,00	5,00	5,00

Objaśnienia: N – liczba badanych; M – średnia arytmetyczna; SD – odchylenie standardowe; SE – błąd standardowy; min – minimalna wartość próby; Q25 – kwartył pierwszy; Me – mediana; Q75 – kwartył trzeci; max – maksymalna wartość próby.

Wynik badania średniej (przeciętnej) odpowiedzi w grupie kobiet wynosi 4,50, co oznacza, że badane najczęściej wybierały odpowiedzi „nigdy” lub „rzadko”. Średnia dla mężczyzn jest nieco niższa (4,11). Ich

przeciętne odpowiedzi były bliższe „rzadko”. Niewielkie różnice widoczne są w przypadku wartości odchylenia standardowego obliczane dla obu płci. Dla kobiet wynosi ono 0,77, a w grupie mężczyzn – 0,98. Błąd standardowy w przypadku kobiet osiąga wartość $\pm 0,05$, a dla mężczyzn $\pm 0,12$. Różnice widoczne są w liczbie odpowiedzi, których w danej grupie było najmniej. Kobiety najrzadziej wskazywały odpowiedź „bardzo często”, natomiast dla mężczyzn najniżej rangowaną odpowiedzią było „często”, co zastanawia, gdyż to mężczyznom zwykle przypisywana jest gotowość do podejmowania ryzykownych zachowań. Wartości kwartyli są takie same dla obu grup. Kwartył pierwszy (Q25) wynosi 4, a trzeci (Q75) – 5. Różnice widoczne są w wartości mediany. Dla kobiet Me wynosi 5, co oznacza, że przynajmniej 50% kobiet dokonało wyboru odpowiedzi „nigdy”. Dla mężczyzn Me ma wartość 4, co oznacza, że przynajmniej 50% badanych mężczyzn wybrało odpowiedź „rzadko”.

Wyniki badania odpowiedzi na pytanie o częstotliwość spożywania alkoholu również ujawniły zależności istotne statystycznie między odpowiedziami a płcią badanych (tabela 6).

Tabela 6

Statystyki opisowe dotyczące odpowiedzi na pytanie o częstotliwość spożywania przez badanych alkoholu – wyniki z podziałem badanych ze względu na płeć

Badani	N	M	SD	SE	min	Q25	Me	Q75	max
Kobiety	248	3,67	0,83	0,05	1,00	3,00	4,00	4,00	5,00
Mężczyźni	64	3,42	0,91	0,11	1,00	3,00	3,00	4,00	5,00
Ogółem	312	3,62	0,85	0,05	1,00	3,00	4,00	4,00	5,00

Objaśnienia: N – liczba badanych; M – średnia arytmetyczna; SD – odchylenie standardowe; SE – błąd standardowy; min – minimalna wartość próby; Q25 – kwartył pierwszy; Me – mediana; Q75 – kwartył trzeci; max – maksymalna wartość próby.

Średnia dla kobiet jest wyższa i wynosi 3,67, co oznacza, że kobiety przeciętnie na pytanie o częstotliwość picia alkoholu wskazywały odpowiedź pomiędzy „od czasu do czasu” a „rzadko” (wartość średniej bliska odpowiedziom „rzadko”). Wartość średniej dla mężczyzn jest niższa – wynosi 3,42. Mężczyźni częściej deklarowali, że piją alkohol „od czasu do czasu”. Różnice są też widoczne w przypadku odchylenia standardowego, którego wartość dla kobiet wynosi $\pm 0,83$, a dla mężczyzn – $\pm 0,91$. Gdyby każdorazowo badać grupę 248 kobiet, to błąd standardowy wynosiłby $\pm 0,05$, a w grupie 64 mężczyzn – $\pm 0,11$. Różnice między odpowiedziami osób różnych płci zauważalne są także w wartości mediany. Wartość Me dla kobiet wynosi 4, co oznacza, że

przynajmniej 50% kobiet udzieliło odpowiedzi „rzadko”. W przypadku mężczyzn jest to 3, czyli przynajmniej 50% badanych mężczyzn zaznaczyło odpowiedź „od czasu do czasu”. Pozostałe statystyki opisowe dotyczące odpowiedzi kobiet i mężczyzn na pytanie o częstotliwość spożywania alkoholu są takie same.

Tabela 7

Wyniki testu *U* Manna-Whitneya na niezależność zmiennych dla wybranych pytań ankiety – wyniki z podziałem badanych ze względu na płeć

Numer pytania	Treść pytania	Średnia ranga		Z	p
		mężczyźni (N = 64)	kobiety (N = 248)		
1	ocena własnego zdrowia fizycznego	177,6	151,1	2,26	0,024
3	ocena funkcjonowania społecznego	135,7	161,9	-2,29	0,022
6.3	samoocena częstotliwości dbania o higienę własną i otoczenia	133,9	162,3	-2,50	0,013
6.6	samoocena radzenia sobie ze stresem	180,5	150,3	2,51	0,012
9.1	samoocena częstotliwości podejmowania zachowań ryzykownych	128,4	163,7	-3,18	0,001
9.3	samoocena częstotliwości spożywania alkoholu	137,8	161,3	-1,99	0,047

Objaśnienia: N – liczba badanych; Z – wartość statystyki *U* Manna-Whitneya z poprawką na ciągłość; p – prawdopodobieństwo obserwowane.

Dla wszystkich wyróżnionych zmiennych $p < 0,05$, a zatem odrzucono hipotezę zerową. Na tej podstawie można wnioskować, że wyniki grup mężczyzn i kobiet nie pochodzą z tej samej populacji, co oznacza, że są różnice w wynikach dla analizowanych zmiennych. Ponieważ rangi dla grupy mężczyzn dla pytań 1 i 6.6 są wyższe niż rangi dla tych samych pytań dla kobiet, to można wnioskować, że wyniki tych pytań są tam wyższe (wyższe rangi), co potwierdzają wcześniejsze analizy.

Wnioski z badań

Diagnozowanie kondycji zdrowotnej społeczeństwa jest procesem mającym na celu rozpoznanie problemowych obszarów zdrowia jednostek i grup, to zaś ma umożliwić podejmowanie inicjatyw redukujących określone problemy zdrowotne członków społeczeństwa. W planowa-

niu inicjatyw można przy tym korzystać z wiedzy na temat mocnych stron danej populacji stanowiących potencjał jednostkowy i zbiorowy w zakresie zdrowia.

Z przeprowadzonych w grupie mieszkańców Tychów badań wynika, że stan zdrowia fizycznego respondentów oceniają jako „dobry” (49%), 75% badanych ocenia stan swojego zdrowia psychicznego jako „dobry” i „bardzo dobry”, a jeszcze więcej, bo ponad 78% badanych, ocenia swoje zdrowie społeczne jako dobre lub bardzo dobre.

Badani rozumieją potrzebę regularnego uprawiania aktywności fizycznej (tylko 12,5% osób, które odpowiedziały na ankietę, przyznało, że wcale nie uprawia sportu). Można założyć, że jest to efekt lokalnych inicjatyw. Władze samorządowe Tychów od lat wychodzą naprzeciw oczekiwaniom mieszkańcom miasta – organizują różne formy aktywności na świeżym powietrzu. Tychy słyną z długich tras rowerowych, których większość przebiega przez tereny leśne. Innym przykładem zorganizowanych działań w zakresie promocji aktywności fizycznej są odbywające się w okresie letnim nad Jeziorem Paprociańskim bezpłatne zajęcia z jogi. Na terenie miasta znajduje się stadion, basen miejski prowadzony przez MOSiR, a w 2018 roku został oddany do użytku Wodny Park Tychy.

Analiza oceny częstotliwości podejmowania zachowań zdrowotnych przez respondentów pozwala wysnuć wniosek, że osoby biorące udział w badaniach mają świadomość konieczności dbania o własne zdrowie i – zgodnie z założeniami promocji zdrowia – próbują pomnażać swój potencjał zdrowotny. Jednocześnie badani uważają, że nie podejmują zachowań ryzykownych. Wyjątek stanowi palenie papierosów – ponad 34% respondentów przyznaje, że pali papierosy „od czasu do czasu”, a ponad 19% robi to „często” lub „bardzo często”. Taki obraz z badań pokazuje konieczność zaktywizowania działań zmierzających do redukcji nałogu nikotynowego wśród mieszkańców. Podobnie jest w przypadku spożywania alkoholu – tylko 14% badanych deklaruje, że „nigdy” nie pije. Jak widać, największy odsetek badanych przyznaje się do takich zachowań antyzdrowotnych, jak palenie papierosów czy spożywanie alkoholu, pozostałe zachowania zagrażające zdrowiu są podejmowane przez nieliczną grupę badanych.

Z przeprowadzonych badań wynika również, że kobiety w porównaniu z mężczyznami oceniają gorzej swoje zdrowie fizyczne, lepiej natomiast zdrowie społeczne. Żaden z mężczyzn – mimo niższych w tej grupie średnich ocen dotyczących zdrowia społecznego – nie wskazał na najniższą rangowaną odpowiedź. Średnio kobiety nieco wyżej oceniały częstotliwość podejmowania przez siebie zachowań zmierzających do utrzymania higieny własnego ciała i otoczenia. Z przeprowadzonych badań wynika również, że mężczyźni lepiej sobie radzą ze stresem;

jednocześnie to właśnie oni częściej piją alkohol „od czasu do czasu”. Niespełna 15% ogółu badanych nie radzi sobie z codziennym stresem. Można więc założyć, że istnieje konieczność zintensyfikowania działań edukacyjnych i profilaktycznych mających na celu redukcję stresu i propagowanie podejmowania konstruktywnych form radzenia sobie z nim. Głównym celem prowadzonych w środowisku lokalnym działań winna stać się reedukacja członków społeczności w zakresie szkodliwości palenia tytoniu i spożywania alkoholu.

Badania ankietowe – mimo licznych zalet, takich jak niższy koszt prowadzenia badań czy łatwiejszy dostęp do potencjalnych odbiorców – mają również wady. Wśród nich można wymienić przede wszystkim obawę przez zafałszowywaniem przez respondentów wyników z uwagi na ich chęć zaprezentowania się w jak najlepszym świetle czy po prostu z powodu niewystarczającej wiedzy na temat własnego zdrowia¹¹. Ponadto poszczególne grupy respondentów mogą przejawiać odmienne oczekiwania wobec zdrowia, to z kolei może stanowić dużą trudność, gdy badania mają mieć charakter porównawczy, na przykład w odniesieniu do kategorii wiekowych lub badań międzynarodowych¹². Sposoby pojmowania przez badanych zdrowia mogą być również odmienne w zależności od kontekstu sytuacyjnego. Przykładowo, dla niektórych osób zdrowie to określony potencjał, o który należy dbać, dla innych zaś to kategoria, o której się myśli jedynie w sytuacji choroby. Niemniej poznanie opinii mieszkańców Tychów na temat ich własnego zdrowia może przyczynić się do zidentyfikowania ich potrzeb w tym zakresie.

Zdrowie społeczeństwa jest rozpatrywane z perspektywy obowiązujących norm kulturowych, wartości i praktyk uznawanych za „zdrowe” lub „niezdrowe”¹³. Bada się sytuację zdrowotną w poszczególnych państwach, regionach czy społecznościach lokalnych. Prowadzenie rzetelnej polityki zdrowotnej państwa wymaga ciągłego monitorowania sytuacji zdrowotnej jego mieszkańców – identyfikowania stanu zdrowia populacji, problemów zdrowotnych, śledzenia trendów oraz rozpoznawania różnicowania regionalnego itp. Badania w tym zakresie umożliwiają podejmowanie adekwatnych działań interwencyjnych, a rozpoznawanie subiektywnych opinii na temat zdrowia stanowi cenne uzupełnienie i jest warunkiem opracowywania programów z obszaru promocji zdrowia dostosowanych do potrzeb lokalnych społeczności.

¹¹ V. Korporowicz: *Promocja zdrowia. Kształtowanie przyszłości*. Warszawa: Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, 2009, s. 139.

¹² I. Łaskowska: *Zdrowie i nierówności w zdrowiu...*, s. 36.

¹³ B. Woynarowska: *Edukacja zdrowotna...*, s. 28.

Bibliografia

- Badura B.: *What Is and What Determines Health*. In: *Scientific Foundations for Public Health Policy in Europe*. Eds. U. L a s e r, E. d e L e e u w, Ch. S t o c k. München: Juventa Verlag, 1995.
- Green J., Tones K.: *Health Promotion. Planning and Strategies*. Los Angeles-London-New Delphi-Singapore-Washington: Sage, 2010.
- Korporowicz V.: *Promocja zdrowia. Kształtowanie przyszłości*. Warszawa: Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, 2009.
- Laskowska I.: *Zdrowie i nierówności w zdrowiu – determinanty i implikacje ekonomiczno-społeczne*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, 2012.
- Mateusiak J., Gwozdecka-Wolniaszek E.: *O zachowaniach zdrowotnych przez pryzmat współczesności*. W: *Kultura współczesna a zdrowie*. Red. M. Górnik-Durose. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2013.
- Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015. http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zal_urm_npz_90_15052007p.pdf [1.10.2014].
- Sęk H.: *Zdrowie behawioralne*. W: *Psychologia. Podręcznik akademicki*. Red. J. Strelau. T. 3. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2000.
- Woynarowska B.: *Edukacja zdrowotna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2007.
- Wysocki M.J., Miller M.: *Paradygmat Lalonde’a, Światowa Organizacja Zdrowia i Nowe Zdrowie Publiczne*. „Przegląd Epidemiologiczny” 2003, nr 57.
- Żołnierczuk-Kieliszek D.: *Zachowania zdrowotne i ich związek ze zdrowiem*. W: *Zdrowie publiczne. Podręcznik dla studentów i absolwentów wydziałów pielęgniarstwa i nauk o zdrowiu Akademii Medycznych*. Red. T.B. Kulik, M. Latański. Lublin: Czelej, 2002.

Katarzyna Kowalczevska-Grabowska

Subjective Health Status Assessment of Tychy Residents (Research Report)

Summary: Investigations of social pedagogy are nowadays more and more frequently focused on areas which cover a wider context and go beyond one's own scientific discipline. There is diagnostic research on recognizing health state of certain social groups or communities. The article presents the research results of subjective assessment of health state of the residents of Tychy. However, it is only a part of a larger project which began in April 2017, whose goal is to create Social and pedagogic model of local diagnosis and social participation in terms

of health protection and promotion. The conclusions reached may contribute to actions aimed at increasing the health potential of local communities.

Keywords: health behaviours, anti-health behaviours

Katarzyna Kowalczevska-Grabowska

**Subjektive Beurteilung des Gesundheitszustands
der Einwohner der Stadt Tychy
(Forschungsbericht)**

Zusammenfassung: Die Forschungsinteressen der Sozialpädagogik fokussieren immer häufiger auf Themen/Fragen, die einen weiteren Kontext umfassen und über eigene Wissenschaftsdisziplin hinausgehen. Es sind u.a. diagnostische Forschungen zur Erkundung der Gesundheitssituation von bestimmten Gruppen oder Gemeinschaften. Die im vorliegenden Beitrag präsentierten Ergebnisse der Forschungen zu subjektiver Beurteilung des Gesundheitszustandes von Einwohnern der Stadt Tychy stellen nur einen Teil des ab April 2017 durchgeführten Forschungsprojektes dar, das bezweckt, *soziopädagogisches Modell der lokalen Diagnose und sozialer Teilnahme an den Maßnahmen zum Gesundheitsschutz und zur Gesundheitsförderung* zu entwickeln. Die gezogenen Schlüsse können zum Ergreifen von den auf Verbesserung des Gesundheitspotenzials von lokalen Gemeinschaften abzielenden Maßnahmen beitragen.

Schlüsselwörter: gesundheitsförderndes Verhalten, gesundheitsschädliches Verhalten